

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE MÉDECINE

PAR

Jean-Charles DENET

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RÉACTIONS GANGLIONNAIRES

AU COURS DES

AFFECTIONS TUBERCULEUSES

DU MEMBRE INFÉRIEUR

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1922

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
	LEJARS
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
BASSET	FISSINGER	LE LORIER	RETTERER
BAUDOUIN	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BLANCHETIÈRE	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BRANCA	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
CAMUS	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CHAMPY	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHEVASSU	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHIRAY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CLERC	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
DEBRE	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
	LAIGNEI-LAVASTINE	OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

Professeur de Clinique gynécologique

à l'Hôpital Broca.

Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui a bien voulu accepter la présidence
de notre thèse.*

Hommage respectueux.

INTRODUCTION

Les réactions ganglionnaires au cours des tuberculoses ostéo-articulaires sont trop classiques pour que nous nous soyons donné pour seul but de les rappeler ici. Dans tous les ouvrages traitant de la question, l'importance de ces ganglions est notée, et pour chaque localisation, les auteurs indiquent quel groupe ganglionnaire est habituellement engorgé.

Si le fait de la réaction ganglionnaire est connu de tous, il est un point qui jusqu'au travail de LANCE (*Congrès français de Chirurgie*, 1919) avait été laissé dans l'ombre : Ce sont les fluctuations qui se produisent dans cet engorgement ganglionnaire au cours de l'affection ostéo-articulaire déterminante et la valeur des renseignements que peut fournir sur la marche et le pronostic de la maladie l'examen fréquent des ganglions engorgés.

Qu'il nous soit permis de remercier le Docteur LANCE de nous avoir autorisé à user aussi largement de ses observations. Mis au courant par lui dès 1912, des recherches qu'il poursuivait parmi les malades de la consultation d'orthopédie de l'hôpital Bretonneau sur les adénopathies au cours des tuberculoses ostéo-articulaires, nous avons eu le bonheur de pouvoir continuer ses recherches durant les années de guerre, pendant lesquelles le Docteur VEAU eut la très grande bienveillance de nous charger de cette consultation, et de pouvoir rendre au Docteur LANCE à son retour des observations soigneusement tenues à jour à ce point de vue. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude et de la reconnaissance que nous lui avons pour les précieux enseignements qu'il n'a jamais cessé de nous prodiguer.

N'envisageant que les adénopathies au cours des tuberculoses osseuses ou ostéo-articulaires du membre inférieur, nous nous proposons, après un examen d'ensemble des notions d'anatomie classique sur les groupes de ganglions satellites des diverses articulations du membre inférieur, d'examiner comment, dans les nombreuses observations de Lance, et nos quelques observations personnelles réagissent ces ganglions, passant successivement en revue leurs réactions au cours :

De la coxalgie et des tuberculoses juxta-coxales.

Des arthrites du genou et des tuberculoses juxta-gonales ;

Des arthrites du pied et des ostéites du pied.

CHAPITRE I

LES GANGLIONS LYMPHATIQUES DU MEMBRE INFÉRIEUR

Les groupes ganglionnaires du membre inférieur présentant un intérêt pour nous sont :

Le groupe des ganglions poplités ;

Le groupe des ganglions iliaques et subsidiairement le groupe des ganglions inguinaux. Comme nous le verrons, en effet, ce groupe est bien moins important que ne le veut l'opinion classique au cours des affections ostéo-articulaires du membre inférieur.

a) *Ganglions poplités.*

Sur le sujet sain, ainsi que l'a montré Cunéo, les ganglions poplités perdus dans la graisse du creux poplité sont impossibles à palper et le plus souvent même très difficiles à disséquer sans injection des vaisseaux afférents.

On décrit en général à ce niveau trois groupes ganglionnaires étagés d'arrière en avant depuis le plan sous-aponévrotique jusqu'au surtout ligamenteux postérieur de l'articulation (Fig. 1).

Dans le groupe le plus superficiel, le ganglion saphène externe ou juxta-saphénique immédiatement sous-aponévrotique, est situé au niveau de l'abouchement de la saphène dans la veine poplitée.

Les autres groupes s'étagent en profondeur en des points d'ailleurs variables le long des vaisseaux. Un groupe inconstant,

le plus profond, situé tout contre le ligament postérieur de l'article, le ganglion juxta-articulaire, recevrait d'après Barba-

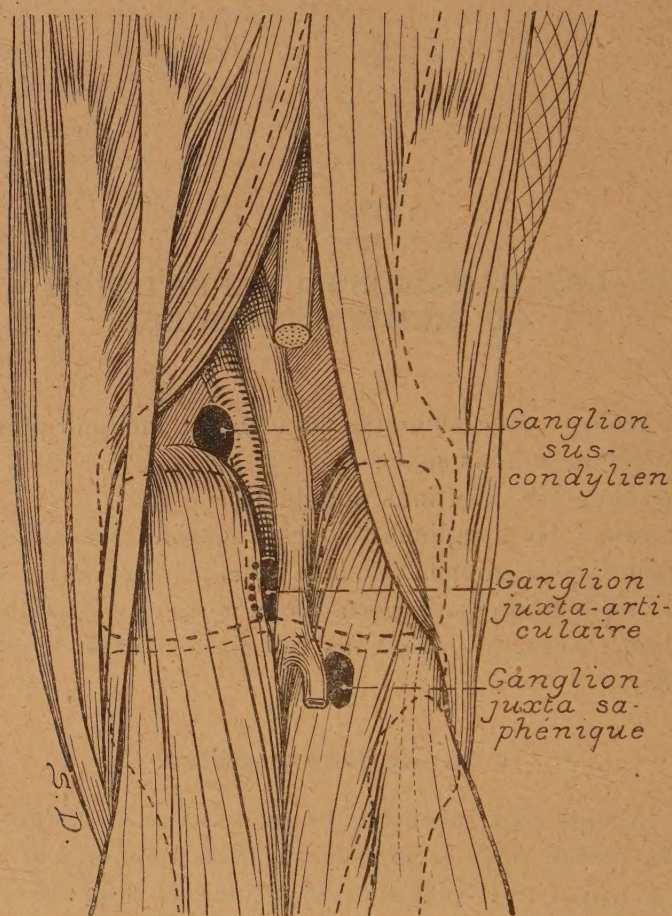


Fig. 1. — Disposition schématique des 3 groupes ganglionnaires du creux poplité.

laine, Naickel et Frohse, les lymphatiques venus de l'articulation du genou.

b) *Ganglions inguinaux et iliaques.*

Les ganglions inguinaux se divisent en ganglions superficiels qui ne nous intéressent pas car ils sont satellites de territoires cutanés et ganglions profonds, en général au nombre

de trois, dont l'un le ganglion de Cloquet présente des vaisseaux afférents qui se rendent au groupe des ganglions rétro-cruraux que nous allons étudier maintenant (Fig. 2).

Ces ganglions rétro-cruraux appartiennent au groupe des gan-

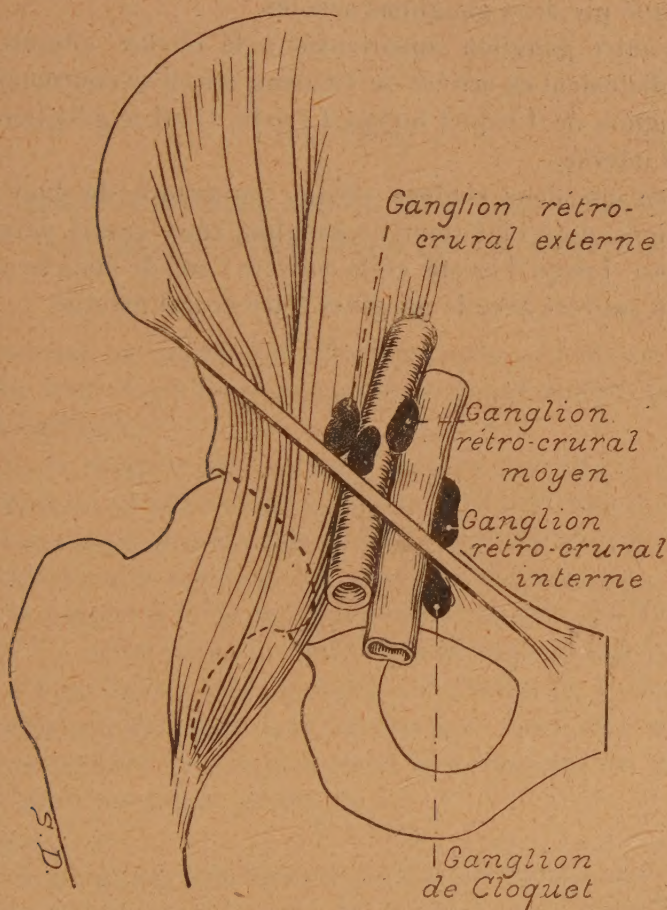


Fig. 2. — Les trois groupes de ganglions rétro-cruraux.

glions iliaques et plus particulièrement à celui des ganglions iliaques externes si bien étudiés dans la thèse de Marcille (1902). Ce groupe peut se systématiser en trois chaînes :

1° Une chaîne externe composée de trois à quatre ganglions logés dans l'angle que font artère et bord interne du

psoas. De ces ganglions, le plus inférieur collé derrière l'arcade débordant sur l'artère présente à l'état normal un volume assez considérable et est désigné sous le nom de ganglion rétro-crural externe. Le plus souvent unique, il est quelquefois constitué par deux ganglions accolés.

Un autre ganglion appartenant à la chaîne interne, siège immédiatement en arrière de l'anneau crural se continuant avec le ganglion de Cloquet lorsqu'il existe. C'est le ganglion rétro-crural interne.

Entre ces deux chaînes s'étage un groupe de deux à trois ganglions dont l'inférieur, le ganglion rétro-crural moyen est, lui aussi, lorsqu'il existe, collé derrière l'arcade mais se confond le plus souvent avec le ganglion rétro-crural externe.

CHAPITRE II

LES ADÉNOPATHIES AU COURS DES AFFECTIONS OSTÉO-ARTICULAIRES DE LA HANCHE

Comment au cours des affections ostéo-articulaires de la hanche vont réagir les divers groupes ganglionnaires que nous venons d'étudier?

Dans la majorité des cas on trouve au cours de la coxalgie une réaction ganglionnaire inguinale; cette réaction a été pendant longtemps la seule signalée et les traités classiques insistent même sur la valeur diagnostique qu'elle présente.

« Les ganglions de la racine des membres, dit Léon Thévenot, « dans *La tuberculose articulaire*, sont souvent engorgés dès « le début. Petits, durs, mobiles, indolores, ils roulent sous « le doigt au cours de leur exploration. Leur existence doit « être recherchée avec le plus grand soin; dans les cas douteux, « leur présence fixe le diagnostic ».

Et plus loin :

« Les ganglions lymphatiques sont aussi rapidement et aussi « constamment envahis dans la coxalgie que dans n'importe « quelle autre variété de tuberculose articulaire; c'est là un « point de haute importance pour le diagnostic précoce de cette « affection. L'engorgement porte sur les ganglions inguinaux et « iliaques ».

M. le Professeur BROCA parlant de la coxalgie dit :

« Les ganglions inguinaux sont engorgés plus gros que ceux « du côté sain, et c'est un phénomène précoce. Ils sont petits, « souples, indolents. Les ganglions iliaques, souvent volumi-

« neux plus tard, ne sont pas pris à cette période sauf peut-être « dans certaines formes de coxalgie à début acétabulaire ».

En réalité, il y a bien le plus souvent adénopathie inguinale au cours de la coxalgie, mais cette adénopathie se montre identique du côté malade et du côté sain, ce qui n'a d'ailleurs rien de très surprenant, si nous admettons avec Mauclaire (thèse 1893) que la tuberculose osseuse est une adéno-tuberculose.

Dans les 23 cas de coxalgie examinés par Lance, il n'a trouvé qu'une fois seulement une adénopathie inguinale volumineuse coexistant avec une adénopathie iliaque de faible volume.

Ce sont les ganglions iliaques qui, contrairement à l'opinion classique, vont avoir une valeur spécifique au cours de la coxalgie et ce point a été mis en valeur par Lenoel dans sa thèse : « Contribution au diagnostic de la coxalgie fruste à son début » (Paris, 1912). Déjà en 1907, M. Ménard dont le nom domine pour toujours l'étude clinique des tuberculoses ostéo-articulaires, écrivait que les ganglions symptomatiques de la coxalgie doivent être recherchés au-dessus de l'arcade crurale à la partie interne et inférieure de la fosse iliaque. « On peut, dit-il aussi, trouver les ganglions du triangle de Scarpa légèrement engorgés et durs, mais cette réaction n'est pas symptomatique de coxalgie. » (Ménard, *Etude sur la coxalgie*, Masson et C^{ie}, Paris 1907).

Si cette réaction des ganglions iliaques au cours des arthrites des membres inférieurs et de la coxalgie a été signalée dès longtemps, il est cependant un point qui, jusqu'au travail de Lance, avait été laissé dans l'ombre : *ce sont les fluctuations que présentent ces adénopathies au cours de l'évolution de la maladie causale dont elles suivent fidèlement les variations, au point d'être un élément de pronostic d'une importance telle qu'il n'est pas permis de le négliger.*

Ce qui, peut-être, explique que ce *baromètre ganglionnaire* avait été jusqu'ici laissé dans l'ombre, réside probablement dans ce fait que la recherche des ganglions iliaques n'est pas toujours facile et exige pour avoir quelque valeur toute une technique.

Si, en effet, les ganglions inguinaux sont facilement accessibles, les ganglions iliaques, profondément situés en arrière de la paroi, passent inaperçus le plus souvent. Pour les rechercher systématiquement et ceci doit devenir une manœuvre classique au cours de l'examen d'une tuberculose du membre inférieur, il faut, le sujet étant couché sur le dos, fléchir la cuisse jusqu'à l'angle droit, faire respirer largement le malade; de la main gauche pour la fosse iliaque droite ou de la main droite pour la fosse iliaque gauche, on déprime doucement la paroi, enfonçant un peu plus à chaque inspiration, tandis que les doigts de l'autre main recourbés en crochet explorent les plans profonds immédiatement au-dessus de l'arcade crurale (Fig. 3). C'est au niveau de l'artère, un peu en dehors d'elle, que les doigts accrochent ainsi une saillie parallèle à l'arcade de volume et de consistance variable, constituée par le ganglion rétro-crural externe. Cette recherche, simple le plus souvent, peut cependant n'être pas toujours dénuée de difficulté et si cet examen reste le plus habituellement facile, chez quelques malades indociles elle peut ne devenir possible qu'au cours d'une anesthésie pour pose d'appareil, par exemple. On ne doit d'ailleurs, à notre avis, pratiquer cette recherche chez l'enfant que tout à fait à la fin de l'examen clinique, car elle constitue entre des mains exercées, la seule manœuvre un peu pénible de cet examen en raison de la forte dépression qu'il faut faire subir à la paroi abdominale; pratiquée trop tôt, elle risque de mettre en défiance le petit malade pour le reste de la consultation.

Les renseignements fournis par un examen ainsi conduit sont des plus variables. Le plus souvent, le seul ganglion perçu est le ganglion rétro-crural externe; on le trouve à son siège anatomique habituel sous forme d'une saillie allongée parallèlement à l'arcade collée sur l'artère que l'on sent battre sous le doigt. Si le ganglion manque à cette place, l'exploration doit être poussée plus loin, remontant le long des vaisseaux et en dedans d'eux.

Dans quatre des cas rapportés par Lance, le ganglion rétro-

crural interne était seul atteint et on l'a trouvé en arrière de la branche pubienne et très profondément situé.

Le ganglion rétro-crural peut n'être pas unique et l'on sent alors le long des vaisseaux un ou deux ganglions à direction perpendiculaire à lui.

La palpation ne donne-t-elle aucun renseignement, il reste-



Fig. 3. — La recherche des ganglions iliaques par les doigts recourbés en crochet doit se faire immédiatement au-dessus de l'arcade, un peu en dehors de l'artère. (Nous remercions MM. Galvé et Lenoël qui ont bien voulu nous communiquer ce cliché et nous autoriser à le reproduire ici).

rait encore à faire le toucher rectal qui ne doit être pratiqué, étant douloureux chez l'enfant, que le moins souvent possible et pour les raisons de confiance que nous donnons plus haut, que tout à fait à la fin de l'examen. Cette manœuvre qui permet d'explorer le fond du cotyle présente cependant une assez grande importance et dans sa thèse Dhourdin, élève de Cazin, lui consacre le passage suivant; « On constate souvent par ce moyen la présence d'un ou plusieurs ganglions variant du volume d'une lentille à celui d'un haricot et situés dans le

méso-rectum, il n'est pas rare non plus d'en atteindre un autre avec le doigt; il est généralement plus volumineux situé plus haut, c'est le plus antérieur des ganglions hypogastriques qui reçoit ses vaisseaux du muscle obturateur interne.

« Nous avons du très souvent constater la présence de ces ganglions pelviens, mais ils ne nous ont pas paru se rattacher à une lésion plutôt qu'à une autre ».

Variables aussi seront le volume et la consistance du ou des ganglions constatés.

Le plus souvent, le ganglion rétro-crural donne la sensation d'un noyau de datte mais il peut être plus petit, prenant l'apparence d'un simple grain de plomb ou beaucoup plus volumineux. Quant à la consistance, voici ce qu'en dit Lance : « Classiquement, on décrit les adénopathies des ostéo-arthrites bacillaires comme durs, roulant sous le doigt et indolores; ceci est exact dans les périodes de calme de l'affection, mais nous ne saurions trop insister sur ce point que dans les ostéites et ostéo-arthrites fermées, en dehors par conséquent de toute infection secondaire, lors de la poussée initiale, si elle est violente, comme à chaque poussée nouvelle au cours de la maladie, à chaque rechute s'il y en a, on voit le ganglion grossir rapidement, devenir douloureux spontanément, présenter de la péri-adénite, et, là où l'on percevait auparavant deux ou trois ganglions bien isolés, former une masse unique à contours indécis immobiles, collées au plan profond ».

Dans cinquante-deux de ses observations, les ganglions forment en arrière de l'arcade une masse diffuse, douloureuse, collée sur les vaisseaux. Ces ganglions peuvent d'ailleurs suppurier mais dans ce cas, à moins que l'on n'ait assisté au ramollissement de la masse ganglionnaire, on pense le plus souvent à un abcès d'origine osseuse venu de la face profonde de l'acétubulum.

CHAPITRE III

LES GANGLIONS A LA PÉRIODE DE DÉBUT DE LA COXALGIE. LEUR VALEUR POUR LE DIAGNOSTIC

La coxalgie doit être envisagée cliniquement à trois périodes de son évolution.

La période de début à laquelle on peut assigner une durée d'environ six mois, période de signes cliniques souvent si légers que la famille de l'enfant ne s'inquiète pas, est celle pendant laquelle le ganglion iliaque rendrait le plus de service au clinicien si sa présence était constante. A cette période, où ainsi que l'a montré M. Ménard, les signes radiographiques sont encore absents, toute arthrite de la hanche peut être étiquetée coxalgie, ce qui explique que certains aient pu dire que cette maladie peut être guérie en six mois par un traitement approprié.

Si donc, le fait qu'il y a ou qu'il n'y a pas de ganglion iliaque, signifiait arthrite tuberculeuse de la hanche ou arthrite banale, la clinique aurait de ce fait marqué un grand progrès.

Malheureusement, et contrairement à ce qu'a pu en dire Simeray (*Thèse Paris, 1911*), l'adénopathie iliaque n'a pas la valeur du signe différentiel qu'il a voulu lui attribuer.

Si nous reprenons le travail de Lance, nous constatons en effet que dans cinquante-quatre cas examinés dans les trois premiers mois de la maladie, on n'a rencontré de ganglions iliaques que chez trente-et-un malades, soit 57,41 p. 100 des cas. De trois à six mois, il rencontre une adénopathie iliaque vingt-trois fois sur trente-et-un examens, soit une proportion de 74,19 p. 100.

Dans le premier groupe, dix fois la radio a montré des lésions et dans huit cas du deuxième groupe, la radiographie était aussi positive.

Donc, première constatation, inconstance du ganglion iliaque dans les premiers mois de la maladie, bien que sa présence augmente rapidement de fréquence, entre trois et six mois. Autre constatation : l'apparition du ganglion est quelquefois postérieure aux signes radiographiques, eux-mêmes apparus après les premiers signes cliniques.

Il nous faut donc conclure avec Lance que « l'adénopathie est dans beaucoup de cas un signe tardif et qu'il ne faudrait pas rejeter le diagnostic de coxalgie uniquement parce que l'adénopathie fait défaut ».

Cependant l'absence prolongée de ganglions iliaques doit, à notre avis, être un facteur de doute.

En août 1920, nous eûmes à examiner une enfant qui présentait depuis un mois environ une claudication à droite ; un médecin consulté pense à une coxalgie et la fait coucher.

Lorsque nous l'examinons le 8 août, elle ne présente pas d'autre signe qu'une boiterie légère et un peu de diminution de l'abduction du côté droit. Les mouvements de flexion et d'hyperextension sont entièrement conservés et indolores, elle ne présente pas de ganglions iliaques bien que l'enfant étant très docile, l'exploration des fosses iliaques puisse être poussée à fond. On constate des ganglions inguinaux, mais ils sont égaux des deux côtés. Une radiographie a été faite, mais seulement du côté malade et ne montre pas de lésions nettes, l'espace clair articulaire semble seulement un peu flou. Devant le peu d'importance des symptômes, nous concluons à une poussée d'arthrite banale, mais comme en matière d'ostéo-arthrite tuberculeuse, la règle doit être de ne pas s'abstenir dans le doute, nous instituons tout de même un traitement en ayant soin de prévenir la famille et le médecin que c'est là une simple mesure de précaution.

En janvier 1921, la malade qui a été suivie de mois en mois, ne présente toujours pas de ganglions iliaques, les circonstances font que nous sommes privés de la possibilité de faire une

nouvelle radiographie. Il y a un peu d'atrophie musculaire due à l'appareil plâtré et tous les mouvements sont libres.

Nous basant en grande partie sur l'absence de ganglions, nous décidons alors de faire de nouveau marcher l'enfant. La marche est reprise progressivement et nous venons de revoir cette petite malade qui ne présente plus trace de l'affection qui nous l'avait fait amener.

Nous devons avouer que, dans ce cas, notre pronostic bénin fut en grande partie basé sur l'absence prolongée du ganglion iliaque, que nous aurions eu probablement occasion de voir apparaître pendant les mois où il nous a été donné de surveiller l'enfant si elle avait été atteinte de coxalgie.

Dans sa thèse, Simeray écrivait en 1911 : « Il n'y a qu'un signe qui ait ici une grande valeur différentielle, c'est l'adénopathie avec tous ses caractères de multiplicité, souvent de grosseur variable, pouvant atteindre celle d'une noix, et surtout l'indolence absolue à la pression. C'est elle en quelque sorte qui donne la signature de l'affection tuberculeuse ».

Devons-nous conclure avec lui que lorsque l'adénopathie iliaque existe, on peut, de plano, affirmer qu'il y a arthrite tuberculeuse ?

Voici ce que, dans sa communication au *Congrès de Chirurgie* de 1919, Lance dit des adénopathies iliaques au cours des arthrites non tuberculeuses de la hanche.

« Nous avons examiné avec soin au point de vue adénopathique nombre de ces arthrites de la hanche. Voici nos résultats : arthrites passagères, légères, dites arthrites de croissance, arthrites succédant aux fièvres éruptives (scarlatine, varicelle) : 18 cas. 11 cas n'ont présenté aucune adénopathie, 3 cas, des ganglions inguinaux, petits ou égaux à ceux du côté sain, enfin 5 cas ont eu des ganglions iliaques, petits, mobiles, de un à quatre mois après le début des symptômes, mais aucun n'a persisté après quatre mois, après la disparition des douleurs et contractures.

« Ceci est important. Dans la coxalgie au début, l'adénopathie iliaque, quand elle existe, n'est pas fugace ; dans l'intervalle des

crises douloureuses elle diminue, redevient petite, mobile, indolore, mais ne disparaît qu'à la fin de la maladie ».

« Dans les arthrites infectieuses de plus longue durée, on voit l'adénopathie iliaque persister pendant beaucoup plus de temps : un an dans un cas d'arthrite post-typhique, quatorze mois dans un cas d'arthrite subaiguë post-grippale terminée par ankylose (adénopathie très volumineuse).

« Nous avons observé quatorze cas d'ostéo-chondrite déformante juvénile dont un double. Sur les 9 cas que nous avons pu examiner dans les six premiers mois, quatre présentaient des ganglions iliaques volumineux dans les périodes de crise, dont un avec des ganglions inguinaux en plus, deux avaient des ganglions inguinaux seuls, trois aucune adénopathie; deux cas entre six mois et un an du début présentaient des adénopathies nettes. Enfin, sur trois cas vus à plus de un an, l'adénopathie avait disparu pour reparaitre chez l'un d'eux à propos d'une rechute. Chez ces malades, l'aspect des ganglions était identique à celui des adénopathies de la coxalgie. Ils ne peuvent donc avoir une valeur quelconque pour le diagnostic différentiel des maladies. Le dernier mot reste donc à la radiographie.

« Dans toutes les poussées d'arthrite résultant de troubles de statique de la hanche, on peut voir apparaître des adénopathies.

« Nous avons vu dans trois cas de luxation congénitale sus-cotyloïdienne appuyée, ou d'insuffisance de la hanche d'origine congénitale, au cours de poussées d'arthrite des adénopathies iliaques nettes; dans un cas il y avait des ganglions iliaques et inguinaux énormes qui disparaissaient entre les crises; dans un autre, l'adénopathie iliaque persistait même en dehors des crises d'ailleurs assez rapprochées.

« Nous avons fait la même constatation dans trois cas de coxavara; et de même dans un cas de fracture du col du fémur de l'adulte, méconnue, vicieusement consolidée qui nous était adressée pour coxalgie.

« Enfin il ne faut pas oublier que les adénopathies iliaques

primitives existent, bien que très rares, c'est un diagnostic qu'on ne doit poser qu'après un long examen; nous en avons observé cependant sept cas authentiques dont six chez l'enfant ».

Nous avons eu nous-mêmes, l'occasion d'examiner récemment une malade adulte qui nous était envoyée par un de nos camarades avec le diagnostic de coxalgie. Cette malade qui présentait une luxation congénitale bien appuyée souffrait depuis quelque temps de sa hanche au point que la marche était devenue presque impossible. Au cours de notre examen, et bien qu'une excellente radiographie nous ait montré qu'il ne pouvait certainement pas être question de coxalgie, nous avons cependant constaté un ganglion rétro-crural interne assez volumineux. La malade mise au repos vit très vite céder les symptômes douloureux et lorsque nous la revîmes le ganglion iliaque avait presque complètement disparu. Il s'agissait donc là aussi d'une de ces adénopathies iliaques constatées par Lance au cours d'une poussée d'arthrite dans une luxation congénitale.

Nous avons, d'autre part, eu l'occasion d'examiner une femme âgée de 65 ans qui se fit à Londres en 1916 une fracture du col du fémur avec pseudarthrose consécutive; cette malade qui marche avec une boiterie considérable présente actuellement un ganglion iliaque volumineux de la grosseur d'une datte et douloureux. La radiographie ne montre en dehors de la pseudarthrose aucune trace de lésion articulaire.

CHAPITRE IV

LES GANGLIONS A LA PÉRIODE D'ÉTAT VALEUR PRONOSTIQUE DU GANGLION ILIAQUE

Voyons maintenant quels renseignements pourra nous fournir l'adénopathie constatée au cours d'une coxalgie confirmée.

Alors que nous avons pu voir par tout ce qui précède, combien est relative la valeur de l'adénopathie iliaque lorsqu'il nous faut faire le diagnostic de l'affection causale, au contraire, cette adénopathie constatée au cours de la coxalgie confirmée, va devenir pour nous le plus fidèle instrument de mesure de la marche et de la terminaison de l'affection.

C'est ici le fait capital de la question. L'adénopathie iliaque, le diagnostic de coxalgie étant posé, va nous servir de baromètre pour juger de la marche et de la terminaison de l'affection et, nous allons voir en étudiant les réactions ganglionnaires au cours de la période d'état et de la période terminale de la coxalgie combien précieuses sont les indications fournies par elle.

Dans son travail, Lance établit sa statistique sur 241 cas de coxalgie envisagés aux diverses périodes et de cette statistique on peut dresser le tableau suivant (*Tableau I*).

Une traduction graphique des chiffres de ce tableau (Fig. 4), nous montre, d'abord ce que nous nous sommes efforcés d'établir, à savoir que le ganglion iliaque est d'autant plus fréquent que la maladie est plus avancée vers sa période d'état, pour être presque constant à cette période : 95, 8 p. 100 des cas au cours des coxalgies de deux à trois ans. Puis la courbe s'abaisse,

le ganglion iliaque régresse et n'est plus rencontré que dans 41 p. 100 des cas au cours des coxalgies âgées de quatre à cinq ans. La courbe remonte ensuite atteignant une moyenne de 66 p. 100 au cours des coxalgies âgées de cinq à six ans. La raison en est simple, si le malade revient voir son médecin, c'est qu'il souffre encore et qu'après une période de calme

Tableau I. — *Pourcentages des cas où fut rencontré le ganglion iliaque aux divers âges de la coxalgie (D'après la statistique de LANCE).*

AGE DE LA MALADIE	NOMBRE DE MALADES EXAMINÉS	MALADES PRÉSENTANT UN GANGLION ILIAQUE	POUR CENT
3 premiers mois	54	31	57,41
3 mois à 6 mois	31	23	74,19
6 mois à 1 an	27	20	74
1 an à 2 ans	32	27	86,25
2 ans à 3 ans	24	22	95,8
3 ans à 4 ans	20	12	60
4 ans à 5 ans	17	7	41
5 ans à 6 ans	15	10	66
Après 6 ans	21	10	47

il éprouve de nouvelles douleurs, qu'un réveil de l'affection est en cause. Le ganglion iliaque a suivi la même évolution, le foyer redevenant actif, lui aussi animé d'une ardeur nouvelle a réagi. Cette courbe qui représente l'évolution du ganglion iliaque *traduit donc exactement en réalité l'évolution du foyer osseux.*

La présence et le volume du paquet ganglionnaire sont liés à la marche de la maladie et aussi des soins qui lui sont donnés. Dans une coxalgie bien soignée, une forte poussée ganglionnaire doit faire craindre un retour offensif de l'affection et cette constatation, faite à la fin de la première année ou au cours de la deuxième, permet en dehors de tous autres signes de prévoir la formation d'un abcès qui va apparaître bien probablement dans les mois qui vont suivre.

La réaction ganglionnaire est aussi à notre avis intimement liée au traitement de l'affection. L'enfant le plus souvent est

amené pour la première fois à la consultation n'ayant jamais été immobilisé malgré sa boiterie; il présente alors une adénopathie iliaque volumineuse et douloureuse à la pression. Le

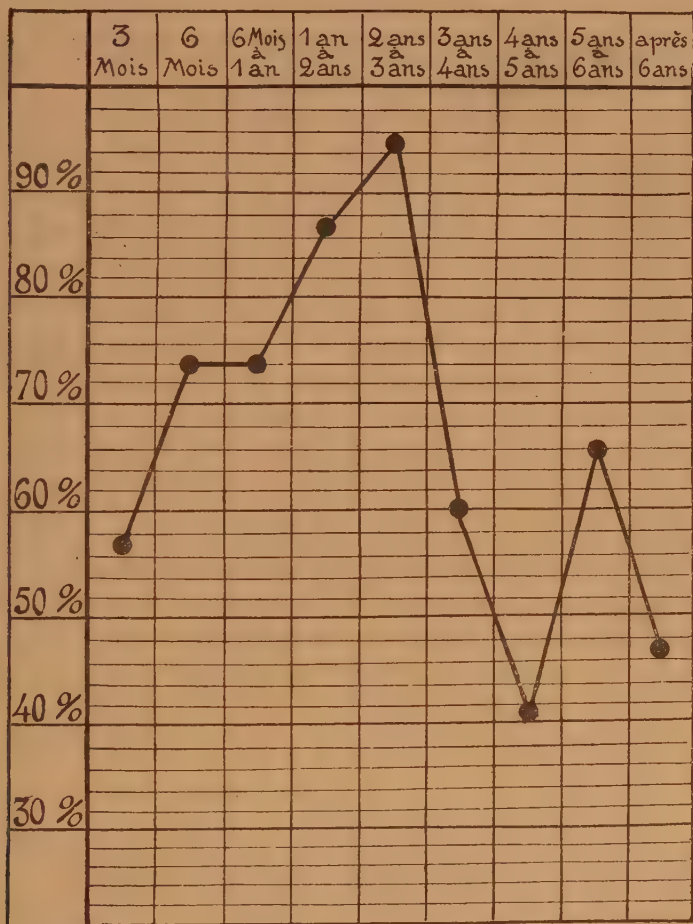


Fig. 4. — Courbe de la fréquence des adénopathies iliaques au cours de la coxalgie. Cette courbe est superposable à celle que nous trouverons au chapitre de l'ostéo-arthrite du genou, à cette différence près qu'elle est ici d'un an en retard, la coxalgie mettant un an de plus à évoluer qu'une ostéo-arthrite du genou.

traitement institué, l'enfant convenablement immobilisé, l'adénopathie diminue de semaine en semaine et prend son aspect habituel de ganglion plus ou moins volumineux dur, arrondi, mobile et indolore. Bien souvent, au moins dans le public des

consultations hospitalières, l'immobilité n'est supportée qu'avec quelque indocilité, mais tout écart de traitement va se traduire par une poussée ganglionnaire et bien souvent nous avons pu à la consultation de l'hôpital Bretonneau, constatant à un mois de distance une augmentation de volume du ganglion iliaque, affirmer aux parents que, malgré notre défense et malgré aussi leurs dénégations, l'enfant avait marché depuis le dernier examen. Nous avons toujours, ou presque, obtenu leur aveu. Cette constatation montre de quelle valeur sera pour nous l'examen du ganglion iliaque lorsque vers la fin du traitement on va se décider à faire de nouveau marcher le malade.

L'adénopathie iliaque va, à cette période où le malade doit entrer en convalescence, être non seulement pour nous un guide très sûr, mais aussi un argument précieux vis-à-vis de la famille anxieuse de l'attente du lever, et si nous avons en effet eu soin d'avertir l'entourage du malade que celui-ci pourra être autorisé à reprendre quelque mobilité seulement lorsque l'adénopathie aura, sinon disparu, du moins considérablement diminué, si nous avons eu la précaution de lui faire constater cette adénopathie, ce qui est en somme assez facile, la persistance du ganglion iliaque, pourra, ainsi que le conseille Lance, être pour le médecin, un argument précieux pour démontrer aux parents que l'affection n'est pas terminée.

Cette manœuvre sera pour la hanche analogue à celle que nous avons vu si souvent employée par M. Ménard, lorsque nous faisons fonction d'interne dans son service de l'Hôpital maritime, pour démontrer à une mère que le moment n'était pas encore venu de faire marcher un enfant atteint de tumeur blanche du genou. M. Ménard considère que l'on ne doit jamais faire marcher une tumeur blanche du genou avant que l'article ne soit complètement froid et sec, et nous l'avons bien souvent vu prendre la main de la maman, la poser alternativement sur chacun des genoux du petit malade et lui demander lequel des deux côtés lui paraissait le plus chaud. Invariablement, la mère répondait que le côté le plus chaud était celui malade; alors disait M. Ménard, ceci prouve que vous-même

constatez que votre enfant n'est pas encore guéri et que le moment n'est pas encore venu de le faire marcher.

Ces petits moyens ne sont pas négligeables lorsqu'il s'agit de faire patienter encore quelques mois une mère qui attend la guérison depuis plusieurs années. L'adénopathie iliaque nous servira de même, car ainsi que le montre bien Lance, « quand l'adénopathie est apparue au cours de la coxalgie, en a suivi les vicissitudes et persiste après la disparition des signes cliniques, on peut affirmer que le foyer n'est pas éteint et qu'on ne peut cesser le traitement sans craindre de voir une rechute se produire ».

Dans le tableau que nous avons dressé plus haut, nous voyons en effet la fréquence des adénopathies se relever considérablement au cours de la sixième année et passer de 41 à 66 p. 100 des cas; ceci n'indique qu'une chose, c'est que, ou bien le traitement a trop tôt cessé et que le malade fait une rechute, ou bien qu'il s'agit d'une forme grave de la coxalgie, forme avec luxation et pseudarthrose intra-cotyloïdienne et abcès tardif venant d'un cotyle déshabité, lésions étendues du col ou ostéo-myélite secondaire de la diaphyse fémorale avec fistulisation.

Dans ces cas graves, les ganglions iliaques et inguinaux peuvent prendre un volume considérable, se ramollir et suppurer, bien que le foyer initial articulaire puisse être éteint; les lésions d'ostéo-périostite et les lésions des parties molles suffisent à entretenir l'activité ganglionnaire.

Une période plus tardive encore viendra, pendant laquelle le ganglion iliaque sera appelé à nous rendre de grands services : c'est la période que l'on pourrait appeler la période orthopédique de la coxalgie. Chez bien des malades, la hanche est guérie depuis de longues années avec une ankylose en flexion; une radiographie montre une ankylose lâche ou serrée, le malade gêné par la position vicieuse du membre vient demander au médecin s'il ne serait pas possible de lui rendre une attitude plus correcte. Avant toute réponse, une recherche soigneuse de l'état du ganglion iliaque s'impose. « Quand il y a ganglion

iliaque notable, nous nous refusons à toute intervention sur la hanche » (Lance).

Un redressement forcé ou même une ostéotomie dans un foyer mal éteint peut réveiller une affection qui semble depuis longtemps endormie.

D'autres malades hantés par cette coxalgie qui les a tenus si longtemps immobiles viendront à nous à la plus petite douleur, et celles-ci sont fréquentes dans les hanches ankylosées en position vicieuse à la moindre fatigue excessive, inquiets de savoir s'ils ne sont point menacés d'une récurrence. Là encore, un examen attentif du ganglion iliaque va nous permettre de fixer notre diagnostic. Y-a-t-il ganglion iliaque, l'hypothèse d'une récurrence est à redouter et sa possibilité doit être indiquée au malade. Malgré nos recherches, n'avons-nous pas trouvé de ganglions; il est bien probable alors que les douleurs ne sont dues qu'à une entorse de la hanche et qu'elles disparaîtront avec un repos de faible durée, mais que le foyer n'a point acquis une activité nouvelle et nous pourrons alors rassurer le patient.

De tout ce qui précède nous voyons que le ganglion iliaque s'il ne présente pour le diagnostic qu'une valeur relative, acquiert surtout la valeur d'un signe de tout premier ordre pour le pronostic de l'évolution de la maladie, que sa valeur loin de diminuer avec les années et l'évolution augmente au contraire avec elles au point de devenir à la période tout à fait tardive, un guide précieux pour la direction du traitement.

CHAPITRE V

LES ADÉNOPATHIES AU COURS DES OSTÉITES JUXTA-COXALES

Les ostéites tuberculeuses juxta-coxales peuvent intéresser le col du fémur, l'extrémité supérieure du fémur et l'os iliaque.

A. Ostéites du col du fémur. — Lance rapporte trois cas d'ostéite du col du fémur. Un de ces cas, qui n'a jamais présenté d'adénopathie, fut traité dès son début par l'évidement de la caverne et la fermeture extemporanée. La malade guérit en deux ans sans coxalgie. Dans un autre cas, il n'a constaté que de petits ganglions inguinaux sans adénopathie iliaque et enfin le troisième cas présentait une adénopathie iliaque énorme qui rétrocéda en six mois. Cette malade qui était, en réalité, une récédive avec abcès ne présentait pas de réaction articulaire.

Nous-mêmes avons eu à examiner et à traiter une enfant qui avait été atteinte d'une ostéite du col fistuleuse et guérie, dont elle semblait débarrassée depuis de nombreuses années lorsqu'elle vint nous trouver avec des douleurs vives de la hanche et une limitation très nette des mouvements articulaires, elle présentait un volumineux ganglion rétro-crural externe.

Cette malade fut mise au repos avec extension continue et soumise à une cure solaire active; les phénomènes douloureux cédèrent en trois mois et une radiographie nous a montré qu'il n'y avait point de coxalgie; parallèlement à l'amélioration des symptômes, le ganglion iliaque a rétrocédé et est à peine perceptible actuellement.

B. Ostéites de l'extrémité supérieure du fémur. —

Au cours des ostéites de l'extrémité supérieure du fémur, il semble, d'après Lance, que l'adénopathie iliaque existe toujours prédominante au début et que l'adénopathie inguinale n'intervient que plus tard lorsque les parties molles sont atteintes, c'est-à-dire lorsqu'il y a abcès ou fistulisation. Dans sa statistique, Lance rapporte 16 de ces cas; 5 chez l'enfant, 1 chez l'adolescent et 10 chez l'adulte. Deux de ces malades qui furent examinés par lui au cours de la première année présentaient des adénites iliaques volumineuses; il lui fut donné d'examiner cinq autres malades dans le courant de la deuxième année, trois d'entre eux présentaient des adénopathies inguinales et iliaques, l'un d'eux opéré et guéri n'avait plus de ganglions. Dans le cours de la troisième année, il rapporte six cas dont deux présentaient des ganglions inguinaux et iliaques et les quatre autres opérés et guéris n'avaient plus de ganglions; enfin trois de ses malades vus par lui à quatre ans, huit ans et neuf ans, du début de la maladie, opérés tous trois d'ailleurs antérieurement, présentaient une rechute. Chez tous les trois, il put constater des ganglions iliaques et l'un d'entre eux, qui avait un abcès, avait de plus des ganglions inguinaux. Au point de vue des suites opératoires, l'adénopathie semble donc disparaître lorsque la guérison est obtenue, mais elle persiste ou reparait à la suite d'une intervention incomplète ou d'une récurrence.

Il lui fut aussi donné d'examiner trois cas d'hygroma-rétrochantérien. Dans un de ces cas, il n'y avait aucune adénopathie notable; dans un autre, une simple adénopathie inguinale, le troisième avait une adénopathie iliaque et inguinale, d'ailleurs fistulisée. Dans ce cas, la réaction ganglionnaire semble donc procéder comme toutes les fois où les parties molles sont intéressées; ce sont les ganglions inguinaux qui sont particulièrement touchés.

C. Ostéite de l'os iliaque. — Les ostéites de l'os iliaque peuvent atteindre soit :

1° *Le pubis*, dont Lance apporte quatre cas, tous les quatre avec abcès. Sur ces quatre cas, deux présentent des adénopathies inguinales considérables et deux ont, en plus de l'adénopathie inguinale, une adénopathie iliaque.

2° *L'ischion*, : il en rapporte trois cas fistuleux avec adénopathie iliaque et deux par propagation présentant une adénopathie inguinale et iliaque.

3° *Sourcil colyloïdien* : quatre cas dans lesquels la hanche n'est pas touchée, deux cas vus par lui dans la première année présentent un abcès et une adénopathie iliaque nette; un cas, examiné au cours de la deuxième année, présente une adénopathie iliaque suppurée et le dernier cas examiné au bout de deux ans et demi est guéri en apparence, ne présentant plus d'adénopathie iliaque.

4° *Aile iliaque* : Lance a pu examiner quatre cas de spina ventosa de l'aile iliaque; deux avec abcès présentaient des adénopathies iliaques et inguinales, ainsi qu'un cas examiné au cours de la deuxième année, et le dernier, abcédé lui aussi, mais examiné au cours de la troisième année, ne présentait que des ganglions iliaques profondément situés dans le pelvis.

Lance rapporte enfin un cas d'ostéite iliaque près de la grande échancrure sciatique et six cas d'arthrite sacro-iliaque secondaires à une ostéite du sacrum qui ne présentaient pas de ganglions perceptibles.

Il semble donc que l'on puisse conclure avec lui que : « *il paraît bien nettement établi que les lésions de l'ilium entraînent de façon constante des adénopathies de la chaîne iliaque* ».

CHAPITRE VI

LES ADÉNOPATHIES AU COURS DES TUBERCULOSES DU GENOU

« Rapidement et constamment, les ganglions de l'aîne qui
« constituent la chaîne verticale, deviennent volumineux, tout
« en restant indolores. La même adénopathie existerait dans
« le creux poplité, mais les ganglions sont trop profondément
« situés pour être perceptibles cliniquement. »

Ainsi s'exprime L. Thévenot parlant des réactions ganglionnaires au cours des ostéo-arthrites du genou. Pour le genou comme pour la hanche, il semble donc si l'on consulte les auteurs que les ganglions habituellement intéressés sont les ganglions inguinaux. Là encore nous allons voir que, si les ganglions iliaques pour les raisons que nous avons déjà exposées à propos de la coxalgie passent souvent inaperçus, la fréquence de leur engorgement est pourtant considérable et que leur valeur n'est pas plus à négliger à ce niveau que dans les affections de la hanche.

La statistique de Lance porte sur 320 cas d'ostéo-arthrites du genou. Sur ces 320 cas, 80 furent examinés dans les six premiers mois de la maladie, 151 de six mois à trois ans, et 89 après trois ans.

Nous avons dressé, d'après sa statistique, les trois tableaux suivants; dans le premier sont groupés les cas où furent rencontrés les ganglions inguinaux, dans le deuxième ceux concernant les ganglions iliaques, un troisième enfin est consacré aux ganglions poplités. Nous avons d'autre part établi le gra-

Tableau II. — *L'adénopathie inguinale seule ou associée à l'adénopathie iliaque au cours de l'évolution des ostéo-arthrites du genou* (D'après la statistique de LANCE).

GANGLIONS INGUINAUX

DATE DU DÉBUT DE L'AFFECTION	NOMBRE DE MALADES EXAMINÉS	GANGLIONS INGUINAUX	POUR CENT
6 mois	80	14 + 20 = 34	42,5
6 mois à 1 an	42	14 + 14 = 28	66,6
1 an à 2 ans	63	14 + 22 = 36	57,2
2 ans à 3 ans	46	5 + 9 = 14	30,3
3 ans à 4 ans	42	2 + 5 = 7	16,5
Après 4 ans	47	1 + 1 = 2	5,4

Tableau III. — *L'adénopathie iliaque seule ou associée à l'adénopathie inguinale au cours de l'évolution des ostéo-arthrites du genou* (D'après la statistique de LANCE).

GANGLIONS ILIAQUES

DATE DU DÉBUT DE L'AFFECTION	NOMBRE DE MALADES EXAMINÉS	NOMBRE DE MALADES PRÉSENTANT DES GANGLIONS ILIAQUES	POUR CENT
6 mois	80	32 + 20 = 52	65
6 mois à 1 an	42	9 + 14 = 23	54,7
1 an à 2 ans	63	21 + 22 = 43	68,3
2 ans à 3 ans	46	18 + 9 = 27	58,6
3 ans à 4 ans	42	20 + 5 = 25	59,6
Après 4 ans	47	13 + 1 = 14	29,7

Tableau IV. — *L'adénopathie poplitée au cours des ostéo-arthrites du genou* (D'après la statistique de LANCE).

GANGLIONS POPLITÉS

DATE DU DÉBUT DE L'AFFECTION	NOMBRE DE MALADES EXAMINÉS	NOMBRE DE MALADES PRÉSENTANT UN GANGLION POPLITÉ	POUR CENT
6 mois	80	7	8,75
6 mois à 1 an	42	0	»
1 an à 2 ans	63	3	4,76
2 ans à 3 ans	46	6	13,47
3 ans à 4 ans	42	2	0,47
Après 4 ans	47	0	»

phique des diverses fréquences ganglionnaires à chaque âge de la maladie, et l'on trouvera ce graphique un peu plus loin.

Au début dans les six premiers mois de la maladie, nous constatons que sur 80 malades examinés, 42,5 p. 100 présentent des ganglions inguinaux, alors que l'on a rencontré le ganglion iliaque dans 65 p. 100 des cas. La fréquence du ganglion iliaque est donc plus grande en somme que celle des ganglions inguinaux.

Les ganglions poplités n'ont été rencontrés à cette période que dans 7 cas : ce fait n'implique pas forcément qu'il soient aussi peu fréquents, car nous avons vu que sur le sujet normal, ils sont bien souvent impossibles à disséquer sans injection préalable ; à plus forte raison, peuvent-ils passer inaperçus quand leur recherche doit être faite sur un genou œdématié et épaissi comme l'est un genou atteint d'ostéo-arthrite.

Lance recommande pourtant de les rechercher et indique la manœuvre qui permet le plus souvent de les déceler : « Il faut dit-il, coucher l'enfant sur le dos, plier à moitié le genou, le talon restant posé sur la table et explorer du bout des doigts recourbés en crochet le creux poplité. »

« Il faut surtout chercher les ganglions poplités dans le creux poplité. On trouve le plus souvent un seul ganglion médian inférieur, situé plus bas que les condyles, en arrière du tibia dans l'angle des jumeaux ; dans quelques cas, on découvre un deuxième ganglion juste en dehors et au-dessus du précédent, sur le bord externe des vaisseaux, en contact par conséquent avec le nerf sciatique poplité externe. Il faut éviter dans l'exploration du creux poplité de prendre le ressaut douloureux du nerf poplité externe pour un ganglion sensible, ou encore le ressaut du tendon du biceps, voire la saillie des condyles. Un autre ganglion médian peut exister, entre les condyles fémoraux, mais beaucoup plus rarement. Enfin, on peut trouver un ganglion situé très haut sur les vaisseaux dans l'angle supérieur du creux poplité, 4 ou 5 centimètres plus haut que la saillie des condyles. »

Il est un point important à fixer à cette période du début de l'ostéo-arthrite du genou, c'est la relation qui peut exister entre l'apparition des premiers signes d'ostéo-arthrite et celle des ganglions.

Dans les cas rapportés par Lance, cette apparition des ganglions, s'est en général montrée postérieure à celle des signes radiographiques, sauf une seule fois où les ganglions existaient alors que la radio était encore négative.

D'ailleurs, fixer la date exacte du début des symptômes de l'ostéo-arthrite, n'est pas toujours facile: l'enfant amené à la consultation hospitalière ne boite toujours que de la veille, alors que la radiographie montre déjà des lésions en pleine évolution.

Nous avons eu récemment l'occasion d'examiner un enfant de quatorze ans, qui nous fut envoyé avec le diagnostic d'hydarthrose traumatique du genou. D'après la mère, le genou avait brusquement augmenté de volume huit jours avant à la suite d'une chute. Le genou gauche était très gros, chaud, douloureux: les mouvements de flexion limités à 70°. On notait une grosse atrophie musculaire, et tout aurait fait penser à une ostéo-arthrite tuberculeuse, s'il n'y avait eu cette histoire de brusquerie de début à la suite d'un traumatisme. Bien plus, il existait parallèlement à l'arcade et au-dessus d'elle un volumineux ganglion iliaque, très douloureux au palper. La radiographie n'a pas pu être faite, mais une ponction pratiquée ramena environ 80 centimètres cubes de liquide citrin louche, dont une partie fut réservée pour inoculation au cobaye, laquelle se montra positive.

Nous avons alors recherché, si l'histoire de la maladie racontée par la mère correspondait bien à la réalité, et nous avons pu faire avouer à l'enfant que depuis six mois au moins, sans qu'il n'en ait jamais rien dit, le genou malade était plus gros que l'autre, mais qu'il n'en avait jamais souffert, jusqu'au jour de sa chute, après laquelle la marche lui était devenue à peu près impossible et à laquelle il avait attribué son impotence fonctionnelle. Cette observation vient d'autre part corroborer ce qu'a constaté Lance dans 13 de ses cas d'ostéo-arthrite du

genou, à savoir que dans la forme d'ostéo-arthrite avec hydarthrose, il a toujours constaté la présence du ganglion iliaque, et qu'il a remarqué que le ganglion était d'autant plus volumineux que la poussée d'hydarthrose était plus rapide.

Il n'en est pas moins vrai que de l'ensemble de ces observations se dégage malheureusement cette conclusion que pour l'ostéo-arthrite du genou, « comme dans la coxalgie, les signes radiographiques se montrent aussi et même plus précoces que l'adénopathie, ce qui indique que celle-ci ne débute que quelques mois après le début de la lésion ostéo-articulaire ».

Examinons maintenant l'évolution ganglionnaire au cours de la période d'état de l'ostéo-arthrite du genou. Pour le genou comme pour la hanche, on peut assigner à cette période une durée qui s'étend du sixième mois de la maladie à la fin de la troisième année. Nous reportant aux tableaux que nous avons dressés, nous constatons que dans la première tranche de six mois à un an, 66,6 p. 100 des malades ont présenté des ganglions inguinaux, et 54,7 p. 100 des ganglions iliaques, il n'a pas été noté de ganglions poplités.

Au cours de la période de un à deux ans, nous voyons la proportion des ganglions iliaques s'élever sensiblement et atteindre 68,3 p. 100 alors que la quotité des ganglions inguinaux décroît de façon notable pour atteindre 57,2 p. 100; à cette période, les ganglions poplités furent trouvés seulement dans 4,76 p. 100 des cas.

De deux à trois ans enfin, les ganglions inguinaux ont diminué dans de grandes proportions et ne sont plus notables que dans 30,3 p. 100 des cas, tandis que les ganglions iliaques persistent et restent trouvés dans 58,6 p. 100; les ganglions poplités étant perceptibles dans 6 cas sur 46 examinés, soit 13,47 p. 100.

La représentation graphique que nous donnons de ces divers résultats, nous montre qu'en réalité les ganglions iliaques sont pris très vite et restent engorgés longtemps; bien plus, ils traduisent exactement l'activité de la lésion ostéo-articulaire, et c'est au cours de la période s'étendant de 1 à 2 ans, période pendant laquelle apparaissent les abcès s'il doit y en avoir, que

le ganglion iliaque va avoir son maximum de fréquence. (Fig. 5).

Les ganglions inguinaux au contraire, assez rarement notés au début deviennent très fréquents au cours de la première et

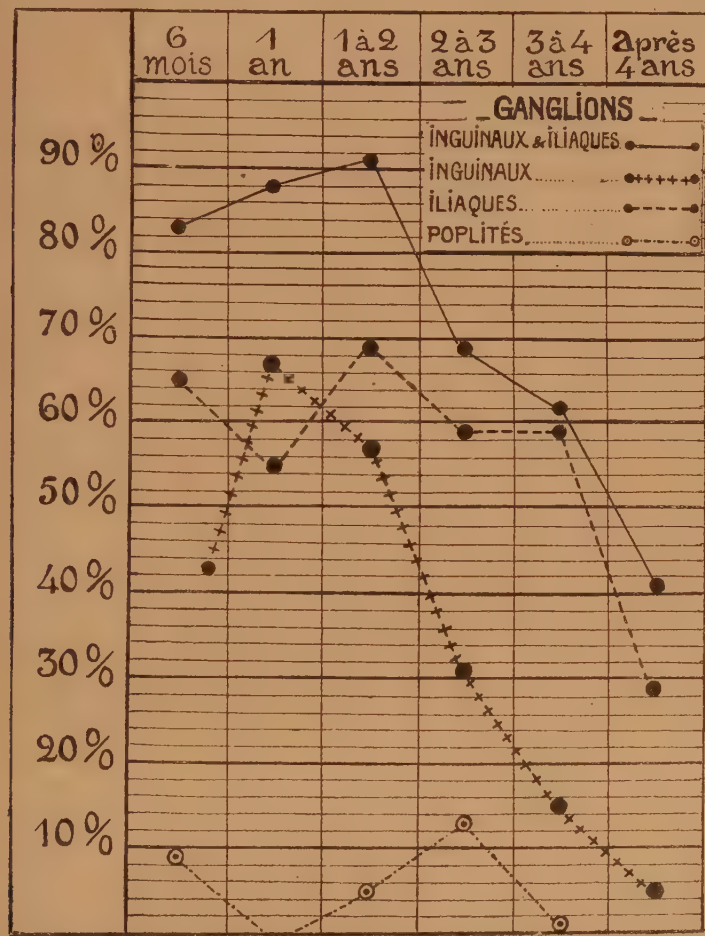


Fig. 5. — Représentation graphique des diverses localisations ganglionnaires au cours des ostéo-arthrites tuberculeuses du genou. Les ganglions iliaques sont pris très vite et restent engorgés longtemps. Ils traduisent exactement l'activité de la lésion ostéo-articulaire.

de la deuxième année, puis sont rapidement plus rares. La raison en est probablement que ce sont en réalité les ganglions iliaques qui sont les véritables relais ganglionnaires des lymphatiques de l'articulation du genou. Les ganglions inguinaux ne sont eux

que tributaires des lymphatiques des parties molles. Si l'on veut bien se rappeler que la période des abcès de l'ostéo-arthrite du genou va de la deuxième moitié de la première année à la fin de la deuxième, on comprend mieux alors le graphique que nous avons établi.

Ceci semble être confirmé par ce que nous disions plus haut lorsque nous avons parlé des formes synoviales de l'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou. Chez notre malade, il n'y avait point de ganglions inguinaux, mais un volumineux ganglion iliaque, et Lance, dans son travail, rapporte un fait précis qui semble bien lui aussi venir à l'appui de cette hypothèse : Au cours de la guerre, il a toujours remarqué que dans les cas d'arthrite par projectile du genou, sans lésions osseuses, ou des lésions étendues des parties molles, on observait du septième au neuvième jour une volumineuse adénopathie iliaque. Cette hypothèse du ganglion iliaque tributaire de l'articulation du genou, sans diminuer la valeur des résections du genou pour l'ostéo-arthrite tuberculeuse, montre cependant que la résection aussi large qu'on la puisse faire ne débarrasse probablement jamais complètement le malade de son foyer tuberculeux, même si ce foyer semblait le seul qu'un examen soigneux ait pu révéler. Après comme avant, le malade reste porteur d'un foyer en activité. C'est ainsi que dans trois cas rapportés par Lance, dans lesquels l'amputation de la cuisse pour ostéo-arthrite du genou dut être pratiquée, deux fois on vit persister l'adénopathie iliaque; dans un cas, cette adénopathie continua à augmenter de volume et suppura, le malade mourut cachectique, présentant de multiples foyers tuberculeux. Dans l'autre cas, cette adénopathie iliaque persistante était entretenue par un foyer d'ostéite de l'extrémité du fémur qui n'avait pas été scié en tissu sain et elle céda après rectification du moignon.

Dans les ostéo-arthrites du genou âgées de plus de trois ans nous voyons diminuer la fréquence de l'adénopathie. Au cours de la quatrième année, l'adénopathie ne se rencontre plus que dans 62 p. 100 des cas; la fréquence du ganglion iliaque reste élevée : 25 cas sur 42, soit 59,6 p. 100, tandis que le pourcen

tage des ganglions inguinaux diminue très rapidement : 7 cas sur 42, soit 16,5 p. 100. Les ganglions poplités ont été trouvés 2 fois, soit 0,47 p. 100.

Après quatre ans, la chute de la courbe va encore s'accroissant et les ganglions ne se rencontrent plus que dans 40,5 p. 100 des cas avec seulement 5,4 p. 100 d'adénopathies inguinales et 29,7 p. 100 d'adénites iliaques.

Les deux graphiques des adénopathies au cours de la coxalgie et de l'ostéo-arthrite du genou se montrent donc en somme à peu près absolument superposables, à cette différence près cependant, que l'évolution des ganglions est d'un an en avance lorsqu'il s'agit d'ostéo-arthrite du genou. Une conclusion se tire immédiatement de la comparaison de ces deux courbes, le foyer tuberculeux évolue plus vite au genou qu'à la hanche, et la durée d'immobilisation pour arriver à la guérison sera d'une année plus courte.

Un autre point nous frappe aussi; on ne trouve pas au niveau du genou cette réascension de la courbe que marque celle des ganglions au cours de la cinquième année de l'évolution de la coxalgie. La raison en est qu'il n'y a point au niveau du genou de ces fistules persistantes comme on en trouve au niveau de la hanche. Un genou fistuleux guérit en général beaucoup plus vite qu'une coxalgie fistulisée et une arthrite du genou soignée, si peu soit-il, est en général guérie à la fin de la quatrième année.

Les adénopathies tardives au cours des ostéo-arthrites du genou sont en général liées à deux formes bien définies :

1^{re} Forme avec hydarthrose légère regressant rapidement par le repos et dont l'évolution courte en apparence, fait que le malade n'est jamais complètement traité. La douleur et le gonflement disparus, on reprend la marche en attendant une rechute qui ne manque jamais.

2^o Forme avec ankylose incomplète; là encore le malade reprend la marche, mais son genou fléchit peu à peu et lorsque l'on veut pratiquer le redressement, on détermine une poussée dans le foyer incomplètement éteint et les ganglions marquent une nouvelle recrudescence.

Les formes fistulisées au contraire, sont en général davantage soignées, les parents de l'enfant, du moins dans le public des consultations hospitalières, étant rendus beaucoup plus prudents, et observateurs des conseils de leur médecin, du fait que le « genou coule ».

Il nous reste à envisager la valeur diagnostique des ganglions au cours de l'ostéo-arthrite du genou. Nous ne pouvons malheureusement que répéter ici ce que nous avons dit plus haut au sujet de la coxalgie : « Il faut savoir, dit Lance, que l'adénopathie n'est pas constante dans la tuberculose du genou au début. Cette adénopathie peut même manquer complètement, et nous avons soigné de Février 1916 à Juin 1920 une fillette atteinte d'une tumeur blanche du genou gauche qui n'a jamais présenté de ganglions, ni inguinaux, ni iliaques notables, bien que la radiographie ait montré une destruction importante du plateau tibial et qu'elle ait pu craindre l'apparition d'un abcès au cours de la deuxième année de la maladie. Cette enfant est actuellement complètement guérie avec une ankylose serrée du genou.

D'autre part, on peut rencontrer ainsi que nous le verrons plus loin de l'adénopathie au cours des ostéites tuberculeuses juxta-gonales, et Lance l'a notée dans quatre cas d'épiphysites infectieuses. Il a rencontré aussi des ganglions dans deux arthrites hémophyliquies du genou et dans deux cas de méniscite traumatique; à chaque poussée, on voyait apparaître de gros ganglions inguinaux très douloureux, qui disparaissaient dans l'intervalle des crises, caractère qui d'ailleurs le distinguait des ganglions tuberculeux, qui eux ne disparaissent jamais complètement. Il rapporte, en outre, six cas de syphilis au cours desquels la recherche des ganglions a été positive cinq fois. Nous avons recherché dans l'excellente thèse de Bénazet « *Syphilis héréditaire tardive des os longs chez l'enfant et chez l'adolescent* », si dans les observations qu'il rapporte il y avait engorgement ganglionnaire. Ce point de l'examen clinique malheureusement été négligé, et dans aucune des vingt-huit observations que contient sa thèse il n'est parlé de l'état des ganglions.

Laïnce fait très justement remarquer à propos des ganglions syphilitiques, que les caractères de petitesse, dureté, mobilité, indolence, que l'on donne comme singularisant, les ganglions tuberculeux satellites d'une ostéo-arthrite tuberculeuse se rencontrent aussi dans les ganglions syphilitiques, mais que ceux-ci restent immuables, tandis que les ganglions tuberculeux se modifient au moment des poussées du foyer d'origine, grossissent, deviennent douloureux et s'immobilisent.

Même constatation aussi au genou comme à la hanche quant à la valeur pronostique des ganglions. Ils vont nous rendre dans un cas comme dans l'autre de réels services pour suivre l'évolution du foyer tuberculeux, nous permettant de prévoir l'apparition d'un abcès, de dépister un écart de traitement et de fixer un terme à la période d'immobilisation.

A une période plus tardive, la présence ou l'absence de ganglions nous permettra de distinguer une poussée douloureuse au niveau d'un genou incomplètement ankylosé d'un réveil du foyer.

L'état des ganglions nous permettra enfin de fixer l'époque où l'on pourra, sans trop de danger, procéder au redressement forcé d'un genou en mauvaise attitude ou pratiquer une résection orthopédique.

Au genou comme à la hanche, l'observation du baromètre ganglionnaire, si l'on veut bien ne lui demander que ce qu'il peut donner, est donc appelé à rendre de réels services.

CHAPITRE VII

LES ADÉNOPATHIES AU COURS DES OSTÉITES JUXTA-GONALES

Nous réunirons dans ce chapitre :

Les ostéites tuberculeuses de la rotule.

Les ostéites diaphyso-épiphysaires du fémur.

Les ostéites du tibia.

Les ostéites de l'extrémité supérieure du péroné.

Ostéites tuberculeuses de la rotule. — L'ostéite tuberculeuse de la rotule quand elle ne s'accompagne pas de réactions du genou, semble ne pas entraîner non plus de réactions du côté des ganglions iliaques.

Nous avons observé, l'an dernier, chez une femme âgée de cinquante ans, un cas de tuberculose fistulisée de la rotule gauche ayant débuté quatre ans environ auparavant. Au moment où nous l'avons examinée, l'articulation du genou était absolument libre, et bien que la malade fut très docile, nous n'avons pas pu trouver de ganglions iliaques ; elle présentait seulement des ganglions inguinaux un peu plus volumineux que du côté sain, et probablement liés à l'envahissement des parties molles. Nous avons revu récemment cette malade, après un séjour de quelques mois à Berck où elle fut soignée par le Dr Andrieu, ses fistules étaient fermées, et les ganglions inguinaux bien que toujours perceptibles avaient considérablement diminué de volume.

Lance a rapporté dans son mémoire, trois observations d'ostéite de la rotule : Un cas ne présentait aucune adénopathie ;

un cas avec réaction du genou avait des ganglions inguinaux; un troisième enfin dans lequel il y avait ouverture du foyer rotulien dans le genou, présentait à la fois une adénopathie à la fois inguinale et iliaque.

Ostéite diaphyso-épiphysaire du fémur. — Sur trois cas d'ostéite diaphyso-épiphysaire que rapporte le même auteur, tous les trois présentaient une réaction ganglionnaire, deux une adénopathie iliaque et inguinale, le dernier une adénopathie inguinale seule.

Ostéite du tibia. — Sur dix cas d'ostéite du tibia, Lance a pu noter dans huit cas d'ostéite de l'extrémité supérieure une atteinte des ganglions; dans l'un de ces cas, tous les ganglions inguinaux, iliaques et poplités étaient pris, un autre présentait une adénopathie iliaque et inguinale, les six derniers enfin n'avaient que des ganglions inguinaux.

Sur deux cas de spina-ventosa de la diaphyse tibiale, un seul présentait une adénopathie inguinale.

Ostéite du péroné. — Sur trois cas d'ostéite du péroné, il n'a pas noté de ganglions bien que l'un de ses malades fut fistuleux.

De ces cas d'ostéite juxta-gonale, Lance a rapproché la gomme profonde du mollet que l'on peut observer chez les jeunes enfants. Sur les quatre cas qu'il lui a été donné d'examiner, aucun ne présentait de ganglions iliaques, mais tous avaient une volumineuse adénopathie inguinale, ce qui s'explique puisque dans ce cas les parties molles seules, dont sont tributaires les ganglions inguinaux, sont intéressées.

CHAPITRE VIII

ARTHRITES, OSTÉO-ARTHRITES ET OSTÉITES DU PIED

Il nous reste pour en avoir terminé à examiner les réactions ganglionnaires au cours des arthrites tibio-tarsiennes et sous-astragaliennes ainsi que des ostéites du pied.

A. — *Arthrites et ostéo-arthrites tibio-tarsiennes et sous-astragaliennes.* — Lance en rapporte 51 cas qui se répartissent sur toute la durée de l'évolution (Tableau V).

Si l'on examine le tableau que nous avons dressé, on constate que l'adénopathie iliaque qui n'atteint que 47 p. 100 des cas dans les six premiers mois, augmente rapidement de fréquence de 6 mois à un an pour atteindre 66,6 p. 100, devenant même à cette époque plus fréquente que l'adénopathie inguinale, qui passe de 52,9 p. 100 à 33,3 p. 100 pour les mêmes périodes. Il est à remarquer d'ailleurs que cette adénopathie inguinale est constamment rencontrée dans les cas fistuleux ou à peau envahie, ce qui ne doit pas être pour nous surprendre, et explique la persistance des ganglions inguinaux dans les cas tardifs (88,5 p. 100 après trois ans), tandis que les ganglions iliaques diminuent rapidement après un an.

De l'examen de ce tableau ressort aussi ce fait que les ganglions poplités sont rarement pris, bien que l'on ne puisse invoquer ici le fait qu'ils peuvent passer inaperçus dans un creux poplité infiltré, comme c'est le cas dans les ostéo-arthrites du genou.

Andrieu, dans sa thèse : « *Tuberculose du tarse chez l'enfant* » avait déjà noté ce fait, et écrivait page 75 : « Signa-
« lons enfin, l'adénopathie inguinale qui existe dans un grand
« nombre de cas, même après la période des fistules. L'adéno-
« pathie poplitée est beaucoup plus rare ».

Tableau V. — *Adénopathies au cours des ostéites et ostéo-arthrites du pied.*

AGE DE LA MALADIE	NOMBRE DE MALADES EXAMINÉS	ADÉNITES INGUI- NALES SEULES	ADÉNITES ILIAQUES SEULES	ADÉNOPA- THIES MIXTES (inguinales et iliaques).	ADÉNITE POPLITÉE	PAS D'ADÉNO- PATHIE	ADÉNOPA- THIE EN VOIE DE RÉGRES- SION
6 premiers mois.	17	5	4	4	0	4	
6 mois à 1 an.	12	1	5	3	»	1	
1 an à 2 ans.	10	2 avec lésions de la peau.		2	2	1	2
2 ans à 3 ans.	4	2 fistuleux, peau ulcérée.		1			
Après 3 ans.	8	3 fistuleux.		4 2 fistuleux.		1 guéri après astra- galectomie.	

B. — *Ostéite du calcanéum et ostéo-arthrite sous-astragaliennne.* — Il semble que l'on n'ait dans ces cas qu'un retentissement ganglionnaire assez minime, particulièrement chez les malades non fistuleux. Encore est-il que, contrairement à ce que nous venons de voir, ce soit ici l'engorgement des ganglions poplités qui semble le plus fréquent. Sur quinze observations de Lance, on trouve le ganglion poplité atteint dans 25,6 p. 100 des cas. Le ganglion iliaque au contraire, est rarement atteint : une fois seulement, soit 6,6 p. 100.

Lorsque les lésions sont fistulisées, les ganglions inguinaux

sont généralement envahis, et nous avons actuellement en cours de traitement une fillette de dix ans atteinte d'ostéite du calcanéum opérée et fistuleuse; elle présentait lorsque nous l'avons vue pour la première fois une volumineuse adénopathie du triangle de Scarpa, actuellement en voie de régression.

C. — *Ostéite du pied*. — Là encore, ce sont les ganglions inguinaux qui sont le plus souvent atteints (78,2 p. 100). La fistulisation, étant, si non de règle, du moins fréquente, cette localisation ganglionnaire n'a rien de surprenant.

L'adénopathie iliaque n'est pas exceptionnelle cependant, et sur 13 observations de Lance englobant : Une ostéite de la malléole externe, une du cuboïde, deux des cunéiformes, une de l'antétarse et 9 observations de spina-ventosa (des métatarsiens 5 cas et des phalanges 4 cas), on trouve le ganglion iliaque engorgé dans 35,7 p. 100, soit plus d'un tiers des cas.

CONCLUSIONS

I. — Toute affection ostéo-articulaire tuberculeuse du membre inférieur a pour résultante une réaction ganglionnaire.

Contrairement à l'opinion classique, l'adénopathie inguinale ne représente pas la signature des affections ostéo-articulaires du membre inférieur.

Pour les affections de la hanche et les tuberculoses juxta-coxales, ce sont les ganglions iliaques et particulièrement le ganglion rétro-crural externe qui semblent être l'aboutissement des lymphatiques osseux ou articulaires.

Pour le genou, la jambe et le pied, les ganglions poplités sont souvent intéressés, quoique d'une façon moins constante.

A ces deux groupes ganglionnaires, s'ajoutent le plus souvent des ganglions inguinaux, mais leur engorgement représente l'envahissement des parties molles ou de la peau.

II. — Les caractères de ces adénopathies sont, contrairement à la description classique, essentiellement variables.

Les ganglions ne sont petits, durs, mobiles, indolores que seulement pendant les périodes de somnolence de l'affection causale. A chaque poussée, on voit les ganglions devenir diffus, adhérents et douloureux, pouvant même dans certains cas s'amollir et suppurer. La poussée terminée, ils diminuent de nouveau et redeviennent indolents. Ils persistent souvent longtemps après que le foyer causal semble être complètement éteint, et ne disparaissent tout à fait que lorsque l'affection dont ils sont tributaires est terminée.

III. — Bien qu'ayant une importance considérable pour le diagnostic des affections ostéo-articulaire du membre inférieur, l'engorgement ganglionnaire n'est cependant pas un signe infaillible.

En effet :

1° On peut rencontrer des adénopathies primitives tuberculeuses des divers groupes envisagés sans ostéo-arthrite ou ostéite concomitante.

2° Ces adénopathies peuvent faire complètement défaut au cours des affections ostéo-articulaires tuberculeuses du membre inférieur, ou passer inaperçues pour des raisons d'ordre matériel (empatement de la région).

3° Enfin leur apparition est souvent assez tardive et peut n'avoir lieu que lorsque des signes cliniques ou radiographiques ne permettent plus de douter du diagnostic.

IV. — La véritable valeur de ces adénopathies est surtout pronostique. Elles seront un sûr baromètre permettant de suivre la marche de l'affection dont elles vont partager pas à pas les vicissitudes.

Leur examen fréquent permettra de contrôler l'évolution de la maladie causale, de dépister les insuffisances de traitement ou les imprudences des malades, de prévoir l'apparition des abcès, et surtout de fixer le terme de la période d'immobilisation.

Dans les périodes plus tardives, la présence ou l'absence de ganglions permet de distinguer une rechute d'une poussée douloureuse dans une hanche ou un genou guéris.

Leur absence permet de tenter des interventions orthopédiques sur un membre consolidé en position vicieuse (redressements forcés, ostéotomies ou résections) avec toute chance de n'agir que sur un foyer définitivement éteint, et d'éviter ainsi les poussées consécutives si fréquentes dans les cas contraires.

Vu : le Président,
J.-L. FAURE

Vu : Le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRIEU (J.). — *La tuberculose du tarse chez l'enfant*. Thèse Paris, 1905 (G. Steinheil).
- BENAZET (Ed.). — *Syphilis héréditaire tardive des os long chez l'enfant et chez l'adolescent*. Thèse Paris, 1911 (G. Steinheil).
- BROCA (Aug.). — *Leçons cliniques de Chirurgie infantile* (Paris Masson, 1902).
- CALVÉ (J.). — Difficultés du diagnostic de la coxalgie au début. *Presse Médicale*, 1905.
- Sur une forme particulière de pseudo-coxalgie. *Revue de Chirurgie*, 1910.
- CUNÉO (B.) et MARCILLE (M.). — Topographie des ganglions ilio-pelviens. *Société Anatomique*, décembre 1901.
- DELORE (X.) et CHALIER (A.). — *La tuberculose osseuse* (Paris, Doin, 1910).
- DHOURDIN (P.). — *De la coxalgie cotyloïdienne et des lésions de la cavité cotyloïde dans la coxalgie*. Thèse Paris, 1883 (A. Derenne).
- LANCE (M.). — Les adénopathies satellites dans les ostéites et ostéo-arthrites tuberculeuses des membres. *XXVIII^e Congrès fr. de Chirurgie*, Paris 1919 (F. Alcan).
- LENOEL (L.). — *Contribution au diagnostic de la coxalgie fruste à son début*. Thèse Paris, 1912 (Jouve et Cie).
- MARCILLE (M.). — *Lymphatiques et ganglions ilio-pelviens*, Thèse Paris, 1902.
- MAUCLAIRE (P.). — *Des différentes sortes d'arthrites tuberculeuses. Traitement par la méthode sclérogène. Arthrectomie précoce et répétée*. Thèse Paris. 1893 (G. Steinheil).
- MÉNARD (V.). — *Etude sur la coxalgie* (Masson et Cie, 1903).
- POIRIER (P.) et CUNÉO (B.). — In *Traité d'anatomie humaine*. Tome II (Masson et Cie).
- ROCHER. — In *Comptes-rendus du XXVIII^e Cong. français de Chirurgie*, 1919, p. 791 (F. Alcan).
- SIMERAY (Cl.). — *De la forme fruste de la coxalgie*. Thèse Paris, 1911.
- THÉVENOT (Léon). — *La tuberculose articulaire*. Thèse Paris, 1902.
- *La tuberculose des articulations, des gaines et des bourses séreuses*. (Paris, Doin, 1910).

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

